

ti, Rodríguez Pérez, Rodríguez Puchol, Alvarez Cascos, J. Jiménez y Villafuertes, en colaboración con el personal de la Escuela Nacional de Sanidad, Doctores Clavero del Campo, Lastra, Peña Yáñez y Pérez Gallardo.

Colaborarán con ellos los Profesores Azúa (Zaragoza), Bonne (O. M. S.), Cordero (Madrid), Flarer (Padova), A. Gallego (Madrid), T. Guthe (O. M. S.), Jadasohn (Ginebra), López Martínez (Sevilla), Midana (Turín), Noguer Moré (Barcelona), Orts Llorca, Pérez Modrego (Madrid), Salamanca (Madrid) y M. Tamames (Madrid).

#### PLAN DE ESTUDIOS

##### *Curso general de Dermatovenereología.*

(58 lecciones).

Las lecciones teóricas se profesarán tres veces por semana, de doce y media a una y media. Todas las conferencias serán abiertas y después de las mismas podrán intervenir todos los participantes en el Curso.

Las lecciones teórico-prácticas sobre bacteriología, serología, micología, terapéutica física y anatomía patológica, cuyas horas fijarán oportunamente los Profesores encargados de estas enseñanzas.

Se distribuyen en los siguientes Cursillos:

##### *Cursillo de Generalidades Sanitarias.*

(11 lecciones).

Por el Profesor G. Clavero del Campo y Doctores Bosch Marín, Narciso Perales y Alvarez de Lara.

##### *Cursillo teórico-práctico de Histopatología cutánea.*

(20 lecciones).

Por los doctores Rodríguez Puchol y Rodríguez Pérez.

##### *Cursillo teórico-práctico de Bacteriología.*

(13 lecciones).

Por los Doctores Lastra y Pérez Gallardo.

*Cursillo teórico-práctico de Serodiagnóstico de la sifilis.*  
(14 lecciones).

Por los Doctores Lastra y J. Jiménez.

##### *Cursillo teórico-práctico de Micología.*

(13 lecciones).

Por el doctor Peña Yáñez.

##### *Cursillo teórico-práctico de Terapéutica física.*

(14 lecciones).

Por los Doctores Jaqueti, Modrego y Soto.

##### *Cursillo teórico-práctico de Cirugía dermatológica.*

(11 lecciones).

Por el Doctor Alvarez Lowell.

##### *Alergia cutánea y sus métodos de exploración.*

(Lecciones anexas).

Por el Doctor Ballesteros Blázquez.

\* \* \* \* \*  
Prácticas clínicas en los Servicios de los Hospitales de San Juan de Dios y de San Carlos.

Prácticas de laboratorio en los laboratorios de la Escuela Nacional de Sanidad, Escuela Profesional de Dermatología y laboratorio del Hospital de San Juan de Dios.

Los alumnos trabajarán aproximadamente siete horas y tendrán a su disposición la biblioteca de la cátedra de Dermatología de la Universidad Central.

\* \* \* \* \*  
Los programas detallados pueden solicitarse del Secretario de la Escuela, Profesor G. Jaqueti, Piamonte, 14, Madrid.

## BIBLIOGRAFIA

### A) CRITICA DE LIBROS

**HANDBUCH DER ORTHOPADIE.** Tomo I. Doctores G. HOHMANN, M. HACKENBROCH y K. LINDEMANN.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1957.—Un volumen de 1.185 páginas con 637 figuras, 178 DM.

Este tratado monumental de Ortopedia es, sin duda alguna, el más amplio y completo que existe en la literatura mundial. La dirección bajo la cual se publica es ya de por sí una garantía de su orientación.

Sucede esta obra al famoso tratado de JOACHIMSTHAL, cuya publicación hizo época.

Este primer tomo está dedicado a la ortopedia general, con unos capítulos previos de historia y bases de la ortopedia, tratándose sucesivamente, siempre de modo general, las rigideces articulares, las parálisis flácidas o espásticas, los trastornos del desarrollo, las alteraciones de la postura, las osteocondrosis, enfermedades congénitas del esqueleto, otros tipos de osteopatías y trastornos metabólicos, las enfermedades articulares degenerativas y neurógenas, las enfermedades musculares, del conectivo y de los nervios, las enfermedades inflamatorias de los huesos y de las articulaciones, las lesiones traumáticas del sistema del movimiento, la técnica de las exploraciones y los fundamentos generales de la terapéutica, así como, siempre bajo un aspecto ge-

neral, los tratamientos inmovilizantes, gimnásticos, fisioterapia, aparatos y prótesis.

Los capítulos se desarrollan por una amplia y bien seleccionada colaboración y una gran cantidad de figuras, en gran parte radiografías y también gráficas, fotografías y esquemas, sirven de base objetiva a la exposición.

Con lo dicho parece innecesario añadir hasta qué punto este libro es indispensable en la biblioteca del cirujano, del Médico y del ortopedista.

**MANUAL DE DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.** Doctor H. TH. HYMAN.—Editorial Labor. Barcelona, 1957.—Un volumen de 595 páginas, 220 pesetas.

Evidentemente, este libro puede prestar alguna utilidad al Médico porque en forma condensada se analizan numerosos síntomas, por orden alfabético, y sus posibles significaciones. No obstante, es tan ajeno al arte clínico el diagnóstico según un camino de fichero para llegar a través de un síntoma a un diagnóstico, guiándose del consejo obligadamente rígido que puede dar una breve exposición, que este libro sirve, más que para ese objetivo, como un repaso para un estudiante o un

Médico práctico. Del síntoma se va a la enfermedad en la práctica, pero a través de una elaboración en la que todas las circunstancias que rodean el caso y los síntomas asociados estimulan la atención del Médico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ROENTGENOLOGICO. Tomo II. Doctor W. TESCHENDORF.—Editorial Labor. Barcelona, 1956.—Un volumen de 939 páginas con 1.610 figuras, 600 pesetas.

De la obra de TESCHENDORF, a la que se ha hecho referencia ya en esta Revista en su texto original, aparece ahora, vertido a nuestro idioma, este segundo tomo, dedicado al abdomen. Todo lo referente al radiodiagnóstico gastrointestinal, aparato urinario y retro y neumoperitoneo es ampliamente tratado.

No es necesario presentar al público médico obra de tan notorio valor y tan ampliamente difundida. Basta subrayar, en primer término, su valor excepcional por lo sistemático de la exposición, que es muy completa, apoyada en abundante bibliografía, y la riqueza de imágenes radiológicas (más de 1.600 figuras) y la buena reproducción de las mismas en este texto español. Consideramos este tomo como un auxiliar indispensable para el Médico, el especialista de digestivo o el radiólogo.

## LIBROS RECIBIDOS

"Die Postoperativen Fruhkomplikationen". Doctor K. Wiemers.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1957.—Un volumen de 264 páginas con 52 figuras, 38 DM.

"Colangiografía intravenosa". Doctor Th. Hornykiewytsch.—Editorial Alhambra. Madrid, 1957.—Un volumen de 156 páginas con figuras, 375 pesetas.

"Tratado de enfermedades reumáticas". Doctor W. S. C. Copeman.—Editorial Alhambra. Madrid, 1957.—Un volumen de 800 páginas con 349 figuras, 850 pesetas.

"The care of the elderly sick in general practice". Doctor W. Ferguson Anderson.—The Royal College of Physicians. Edinburgh, 1957.—Un volumen de 27 páginas.

"Lehrbusch der Chirurgie". Varios.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1957.—Un volumen de 1.060 páginas con 596 figuras, 84 DM.

"Differentialdiagnose innerer Krankheiten". Doctor R. Hegglin.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1957.—Un volumen de 749 páginas con 459 figuras, 79,50 DM.

## B) REFERATAS

### Metabolism.

5 - 3 - 1956.

#### Estudios sobre nutrición en el Oriente Lejano:

- I. El problema y planteamiento de las pruebas para el estudio. H. Pollack.
- II. Hallazgos bioquímicos antes y después del enriquecimiento del arroz con vitaminas. C. F. Consolazio, L. V. Crowley, F. B. Armstrong, I. F. Dorsch, R. L. Guillory y H. Pollack.
- III. Signos clínicos indicadores de insuficiencias nutritivas antes y después del enriquecimiento del arroz con vitaminas sintéticas. H. Pollack.
- IV. Ración práctica en el ejército chino nacionalista y una prueba propuesta para enriquecimiento de la ración. L. V. Crowley, J. T. Godber, C. F. Consolazio, D. R. Goldstein, E. P. Smith, O. H. Lewis, R. R. Ryer y H. Pollack.
- V. Gasto calórico del trabajo y estudio del balance energético. C. F. Consolazio, H. Pollack, L. V. Crowley y D. R. Goldstein.
- VI. Relación entre el peso, la talla y el espesor del pliegue cutáneo medidos en las tropas de la China nacionalista. L. V. Crowley, R. R. Ryer y H. Pollack.
- VII. El problema de la suplementación del arroz. H. Pollack.
- VIII. El reparto de las proteínas en la sangre y algunas notas sobre los lípidos totales. T. C. Jefferis, C. F. Consolazio y H. Pollack.
- IX. Correlaciones entre los signos clínicos y los hallazgos bioquímicos. J. E. Brockett, L. V. Crowley y H. Pollack.
- X. Composición de los alimentos en la dieta de Formosa. C. F. Consolazio, F. B. Armstrong, E. L. Dosch, D. R. Goldstein y R. L. Guillory.
- XI. Hallazgos oftalmológicos. H. Pollack y T. M. Eby.
- XII. Relación entre la intensidad parasitaria y los cambios en el peso del cuerpo y signos clínicos del déficit nutritivo. L. V. Crowley, H. Pollack y J. E. Brockett.
- XIII. Encuesta sobre el parasitismo en el sur de Formosa. L. P. Frick, A. P. Moon y S. S. Lin.
- Encuesta sobre el estado nutritivo de la población civil de Formosa. N. Jolliffe y Ta-Chengtung.
- Cálculo del volumen de sangre y adiposidad en el hombre a partir del peso del cuerpo y el cubo de la altura. T. H. Allen, M. T. Peng, K. P. Chen, T. F. Huang, C. Chang y H. S. Fang.
- Pronóstico de la adiposidad total por el pliegue de la piel y la relación curvilinea entre la adiposidad interna y externa. T. H. Allen, M. T. Peng, K. P. Chen, T. F. Huang, C. Chang y H. S. Fang.
- Similaridad de la capacidad vital en términos de pérdida del peso del cuerpo en ambos sexos.

Signos clínicos indicadores de insuficiencia nutritiva antes y después del enriquecimiento del arroz con vitaminas sintéticas.—El 80 por 100 de los miembros del

ejército de la China nacionalista en Formosa, presentó signos de arriboflavínosis en los años 1954 y 55. La mitad de los casos estaban gravemente afectados y el 20 por 100 presentaban el síndrome oral-genital. Un 30 por 100 presentaban síntomas de una insuficiencia en vitaminas A, y el 20 por 100 padecían de lesiones palagroides en la boca. No se vieron casos claros de beriberi ni signos de desnutrición proteica ni manifestaciones clínicas de déficit de calcio. El enriquecimiento del arroz con vitaminas sintéticas motivó la remisión de los signos atribuibles al déficit de riboflavina y ácido nicotínico. La inclusión en la dieta de patata dulce amarilla mejoró el nivel de la vitamina A. También se observaron signos de carencia de vitamina C. Todo ello obliga a suplementar la dieta de este núcleo de gente con un miligramo de vitamina B; 3 miligramos de riboflavina; 15 miligramos de ácido nicotínico, 5.000 unidades de caroteno; 3.000 unidades de vitamina A, 20 miligramos de vitamina C.

**Cuota calórica de trabajo y estudios de balance energético.**—En un campo de prueba ocupado por las tropas chinas nacionalistas en Formosa, fueron divididas estas en dos grupos: uno actuó de control alimentándose con la ración corriente del ejército y en el otro se modificó la dieta enriqueciéndola con vitaminas sintéticas. Estos grupos fueron a su vez subdivididos de forma que la mitad recibía un tratamiento vermicugo y la otra mitad no recibía nada. Los estudios de la cuota energética muestran una significativa diferencia en la eficacia del grupo suplementado con vitaminas. También la pérdida de peso fué mayor en el grupo control que en el de la dieta enriquecida. Si se compara el grupo de los sujetos que reciben vermicugos con los de no tratados de infección parasitaria, muestran una diferencia significativa en lo que respecta a la pérdida de peso. El grupo control consume un promedio de 225 calorías diarias más que el grupo enriquecido con vitaminas en una observación de ciento veinte días. Parece demostrarse una relación directa entre el déficit en vitaminas y la eficacia para realizar la actividad diaria. Esto está en contraste con los estudios realizados previamente sobre los individuos bien nutridos. Las dosis masivas de vitaminas administradas a sujetos bien nutridos no aumenta su eficacia y capacidad para el trabajo.

**Correlaciones entre signos clínicos y hallazgos bioquímicos.**—Los datos obtenidos en esta encuesta resultan bastante significativos. En ellos se puede apreciar que existe una relación bastante estrecha entre la ingestión de riboflavina por un lado, y existencia de queilosis angular, dermatitis escrotal y atrofia papilar de la lengua por otro. También se observa una correlación entre la ingestión de ácido nicotínico y lesiones papilares filiformes y fungiformes de la lengua. La ingestión de vitamina A o caroteno está en relación inversa con la folicularización del pecho, brazos, espaldas y nalgas. Los signos clínicos de déficit nutritivo tienden a desaparecer en el hombre que ingiere una dieta enriquecida.

**Hallazgos oftalmológicos.**—En un grupo de 1.049 soldados chinos se estudia la influencia del estado nutritivo sobre la visión y sobre el aspecto interno y externo de los ojos. Los hallazgos oculares en este grupo no parecen afectarse por los factores dietéticos, pero parece seguro que el déficit nutritivo intenso padecido durante varios años termina por producir alteraciones oculares en forma de atrofia óptica y reducción de la agudeza visual. Los estudios de adaptación a la oscuridad no fueron técnicamente satisfactorios, pero parecen demostrar que el déficit intenso de vitamina A interfiere el mecanismo de adaptación a la oscuridad.

**Una encuesta preliminar sobre el parasitismo en el sur de Formosa.**—Un grupo de 1.044 soldados nacionistas de la China y de 725 militares de Tailandia son examinados desde el punto de vista de la parasitosis intestinal, y se encuentra que en el 78 por 100 de los chinos y en el 93 por 100 de los tailandeses el parásito predominante es el oxiuro. La ascaridiasis se encuentra en el 19 por 100 de los chinos y en el 72 por 100 de los tailandeses. Aunque la helmintiasis es más abundante en Tailandia, este parásito abunda poco en ambos grupos. Entre los chinos se encuentran solamente nueve infectados con *S. Japonicum* y ninguno entre los tailandeses. La amebiasis se ve en el 23 y 27 por 100, respectivamente, entre chinos y tailandeses. La infección con la *E. coli* es escasa, puesto que es en el 15 y 14 por 100 de ambos grupos, mientras que la *E. nana* se encuentra en el 22 y en 15 por 100 de los casos respectivamente.

**Encuesta de nutrición entre la población civil de Formosa.**—Los datos clínicos y bioquímicos obtenidos en la encuesta de nutrición realizada entre los escolares de los últimos cursos en Formosa muestran las siguientes manifestaciones de desnutrición: déficit de riboflavina en el 70 por 100; baja eliminación urinaria de tiamina, en el 55 por 100; anemia ferropénica, en el 13 por 100; déficit de vitamina A, en el 10 por 100; déficit de ácido nicotínico, en el 10 por 100; hipoproteinemia, en el 3,2 por 100; no se observó ningún caso de beri-beri entre los escolares, pero sí un 6 por 100 entre los adultos. La estrecha relación encontrada entre los hallazgos clínicos y los bioquímicos muestra lo fácilmente que puede hacerse una de estas encuestas sólo con el examen clínico sin necesidad de obtener simultáneamente datos bioquímicos relativos a los déficits de vitamina A, ácido ascórbico, riboflavina y ácido nicotínico.

### The American Journal of Medicine.

19 - 3 - 1955.

- \* El fenómeno de Houssay en el hombre. Harvey, J. C. y Klerk, J.
- \* Alteraciones bioquímicas durante la terapéutica hormonal esteroide del cáncer de mama avanzado. Kennedy, B. J., Nathanson, I. T., Tibbott, D. M. y Harvey, J. E.
- \* Patogenia de la anemia en enfermos con carcinoma. Hyman, G. A. y Harvey, J. E.
- \* Tumores metastásicos del corazón. Gassman, H. S., Meadows, R. y Baker, L.
- \* Asociación de carcinoma gastrointestinal con anomalías cardiovasculares. Span, I.
- \* Dermatomiositis. Características diagnósticas y terapéuticas. Dowzalski, C. A. y Morgan, V. C.

- \* Enfermedad de Whipple. Puite, R. H. y Tesluk, H.
- \* Hiperreactividad serológica en la sarcoidosis. Sanda, J. H., Palmer, P. P., Mayock, R. L. y Creger, W. P.
- \* Histoplasmosis. Silverman, F. N., Schwartz, J., Lahey, M. E. y Carson, R. P.
- \* Hipoglucemia espontánea. Conn, J. W. y Seltzer, H. S. Ictericia y ascitis con remisión durante dos años. Recurrencia de la ictericia con dolor abdominal, hematemesis y azotemia. Conferencia clínicopatológica.
- \* Endocarditis bacteriana subaguda debida a *Listeria monocytogenes*. Hoeprich, P. D. y Chernoff, H. M.

**El fenómeno de Houssay en el hombre.**—En 1930, HOUSSAY y BIASOTTI observaron que la diabetes producida en los animales por la extirpación del páncreas podía ser prevenida temporalmente, o mejorada al menos, por la extirpación de la hipófisis. La curva de tolerancia a la glucosa permanece siendo de tipo diabético. En 1924, BALO publicó dos casos en los que se había presentado espontáneamente este fenómeno, al desarrollar los enfermos un hipopituitarismo, y desde entonces se han visto varios más. Los autores revisan los datos pertenecientes a 11 casos recogidos de la literatura mundial y tres propios, en los cuales se asistió a una mejoría de la diabetes que padecía a continuación de producirse una insuficiencia pituitaria. La mayor parte de los casos eran diabéticos antiguos, que a raíz de padecer infarto del lóbulo anterior de la hipófisis, presentaron hipoglucemia con enorme sensibilidad para la insulina. Aquellos que sobreviven al accidente, presentan en el plazo de uno-dos meses manifestaciones de hipotiroidismo y de deficiencia en hormonas gonadales y adrenales. La glucemia tiende a normalizarse y la glucosuria tiende a desaparecer.

**Alteraciones bioquímicas durante la terapéutica esteroide del cáncer avanzado de mama.**—Los autores estudian un grupo de enfermedades de cáncer avanzado de mama, observando antes y después del tratamiento con esteroides los valores de calcio sérico, fósforo inorgánico, fosfatasa alcalina y ácida, nitrógeno no proteico, y pruebas de función hepática. Los resultados confirman los obtenidos en investigaciones anteriores, indicando la utilidad y limitación de estos datos en la detección de las metástasis esqueléticas o hepáticas. Los cambios bioquímicos producidos por la terapéutica esteroide son los suficientes significativos como para servir de guía en la valoración de la respuesta tumoral.

**Patogenia de la anemia en los enfermos de carcinoma.**—Los estudios recientes de ROSS, TEDESCHI y BERLIN han demostrado el papel de la hemólisis en el desencadenamiento de la anemia de los enfermos de linfomas y leucemias. En un trabajo previo, los autores demuestran mediante la técnica de ASHBY, de la aglutinación diferencial, que el tiempo de supervivencia de los hematies normales, transfundido a enfermos de carcinoma, se halla acortado. En el presente trabajo tratan de completar estos estudios mediante el estudio detallado de 45 enfermos afectos de cáncer. Aunque las técnicas de rutina (urobilinógeno, etc.) no demostraron hiperhemólisis, la técnica de ASHBY demostró aumento en la destrucción de eritrocitos en 15 casos de carcinoma y en 11 casos de neoplasias no carcinomatosas. En la mayoría de los enfermos se encontraron datos demostrativos de una eritropoyesis normal, tanto mediante el estudio de la punción esternal como por estudios ferroquímicos, empleando el hierro radioactivo. Esta actividad medular, normal o incluso aumentada es insuficiente para prevenir el desarrollo de la anemia consecutiva a la hiperhemólisis.

**Tumores metastásicos del corazón.**—Los autores revisan los datos clínicos y de necropsia pertenecientes a 217 casos en los que existían metástasis neoplásicas en el corazón o pericardio. Esta cifra se halló en un total de 21.266 enfermos estudiados en su Hospital, desde 1931 a 1951, afectos de procesos neoplásicos, de los cuales se comprobó dicha afeción en la necropsia en 4.124. Se estudian los mecanismos de propagación, la anatomía patológica, y las manifestaciones clínicas de estos enfermos.

**Tumores carcinoides gastrointestinales y anomalías cardiovasculares.**—Recientemente se ha descrito un síndrome consistente en carcinoidoide gastrointestinal con metástasis hepáticas y lesiones fibrostenóticas de las válvulas pulmonares y tricúspides fundamentalmente. Los autores revisan los datos de necropsia de 26 casos en los que se encontraron tumores cardiovasculares con la de 500 casos autopsiados en los que no existía tal tumor. El 33 por 100 de los enfermos afectos de carcinoidoide, presentaban alteraciones de desarrollo en el corazón, mientras que en el grupo segundo dichas alteraciones sólo aparecían en un 10 por 100. Además de las anomalías cardíacas, aquéllos presentaban también con frecuencia lesiones endocárdicas adquiridas, afectando preferentemente a las válvulas tricúspide y pulmonar, lo cual puede interpretarse, según la hipótesis de GAMBO y cols., como el resultado de la liberación por parte de las metástasis hepáticas de alguna sustancia nociva para el endocardio. Es interesante, en este sentido, el haberse demostrado por PERNOW y WALDESTRÖM la presencia de 5-hidroxitriptamina en la sangre y orina en algunos enfermos de carcinoidoide y el hallazgo de grandes cantidades de esta misma sustancia (LEMBECK) en los tumores carcinoides.

**Dermatomiositis.**—La dermatomiositis fué descrita en 1863 por WAGNER, y consiste en una poliomiositis con creatinuria, no supurativa, acompañada frecuentemente por dermatitis y edema. Los autores estudian dos casos, uno de los cuales tenía atrofia muscular y severa, artritis con contractura, edema y afectación pleural, y el otro artritis psoriasiforme, que llegaba a ser exfoliativa; edema generalizado y afectación cardíaca. Ambos presentaban creatinuria intensa, dato al cual conceden los autores un elevado valor diagnóstico frente a otros procesos. Uno de ellos presentó después úlceras gástricas, con hematemesis, y el otro episodios psicóticos agudos, accidentes que pudieron ser debidos a la terapéutica realizada con ACTH y cortisona, pero también a la afectación dermatomiositica del estómago y del cerebro, respectivamente. Se revisa la literatura sobre el problema, y se subraya la necesidad de investigar siempre la posibilidad de que exista al mismo tiempo alguna neoplasia oculta, ya que con frecuencia los pacientes de dermatomiositis acaban presentando un carcinoma en algún lugar del organismo.

**Enfermedad de Whipple.**—Los autores describen cuatro casos de esta rara enfermedad, con la particularidad de que dos de ellos eran hermanos, y cuya madre podría, por los datos expuestos por la familia, haber padecido también la enfermedad. Tiene interés el hecho por ser la primera vez en que se menciona la aparición familiar de la enfermedad de Whipple, por lo cual puede pensarse en una transmisión hereditaria, probablemente de algún error metabólico congénito localizado en la mucosa intestinal. Como consecuencia de él, se produciría una absorción intestinal deficiente y al mismo tiempo, una sustancia mucoproteica, como reacción a la cual se originaría una poliserositis, explicándose así la afectación pleural, articular, etc., y el hecho, comprobado por los autores, de que las células macrofágicas sudannegativas, existentes en la mucosa intestinal y en los ganglios linfáticos, se hallan cargadas de un material que reacciona positivamente con el ácido peryódico de Schiff (PAS), y que, por tanto, es una glicoproteína. Desde el punto de vista diagnóstico, los autores señalan que estas células pueden evitar la laparotomía en la confirmación del diagnóstico.

**Hiperreactividad serológica en la sarcoidosis.**—Aunque la patogenia de la sarcoidosis es desconocida, últimamente se han acumulado datos que parecen indicar una posible base alérgica o inmunológica. Entre ellos se encuentra el hecho observado por los autores de que los enfermos de sarcoidosis producen títulos mucho más elevados que los normales de isoaglutininas cuando se les inyecta por vía intravenosa san-

gre de otro grupo distinto al suyo. Al parecer, el título alcanzado no tiene relación con el estado clínico del enfermo.

**Histoplasmosis.**—Con motivo de siete casos, los autores revisan la literatura existente sobre esta enfermedad, llamando la atención especialmente sobre la diversidad de formas clínicas con que suele presentarse. En los niños suele presentarse como un cuadro de hepatosplenomegalia, con anemia y leucopenia, y en los adultos, como un cuadro pulmonar parecido a la tuberculosis, a veces con ulceraciones en la boca y fosas nasales. Los agentes patógenos invaden los elementos histiocíticos, multiplicándose dentro de ellos y dando lugar a respuestas tisulares exudativas o productivas. Aunque subrayan el valor de la prueba cutánea con histoplasmina, el diagnóstico solamente puede asegurarse mediante el aislamiento del histoplasma. También tiene valor diagnóstico la desviación de complemento, especialmente cuando su título aumenta a medida que pasa el tiempo. El histoplasma puede ser cultivado a partir de la médula ósea y de la sangre. Los esputos, lavado bronquial y lavado gástrico deben ser inyectados al ratón. Actualmente no disponemos de ningún tratamiento específico; a veces está indicada la extirpación quirúrgica de las lesiones pulmonares. Afortunadamente, la histoplasmosis suele tener caracteres de benignidad.

**Hipoglucemia espontánea.**—La hipoglucemia espontánea es el resultado de un trastorno metabólico, en virtud del cual la glucosa circulante se utiliza a velocidad mayor a la que se produce, originándose un descenso alarmante en el nivel de glucosa en sangre. Si el descenso de la glucemia se produce rápidamente, la sintomatología ocasionada es el resultado de la hiperadrenalinemia compensadora. Si el descenso se verifica lentamente, los síntomas son preferentemente de tipo cerebral: cefaleas, confusión mental, disturbios visuales, convulsiones y coma. Las causas que pueden producirla se agrupan en tres apartados: 1.) Orgánicas: Hiperinsulinismo (por adenoma, carcinoma o hiperplasia de los islotes de Langerhans), enfermedad hepática (colangiolitis infecciosa, hepatitis tóxica, carcinomatosis difusa, cirrosis, hepatitis, glucogenosis, etc.) y, finalmente, por hipofunción pituitaria anterior (por hipofisección, atrofia, degeneración o lesiones destructivas del lóbulo anterior, etc.).

2.) Funcionales: Hiperinsulinismo por desequilibrio del sistema nervioso autónomo, hiperinsulinismo alimentario, como el que se ve después de la resección gástrica, hipoglucemia espontánea idiopática de la infancia, glucosuria renal y lactancia, etc.; y

3.) Por administración excesiva de insulina.

Se describen los tipos más importantes de este trastorno, sobre todo el hiperinsulinismo funcional, el hiperinsulinismo orgánico, la hipoglucemia hepática y la hipoglucemia espontánea idiopática de la infancia, subrayando las características diferenciales existentes entre cada uno de estos tipos.

**Endocarditis bacteriana subaguda debida a *Listeria monocytogenes*.**—Las infecciones de *Listeria monocytogenes* se ven en la actualidad cada vez con más frecuencia, siendo su forma más habitual la meningítica. Los autores describen el primer caso de endocarditis por este microorganismo, en el cual se comprobó la existencia de aglutininas específicas hasta un título de 1:320, hecho que hasta la fecha se había comprobado muy rara vez en las infecciones meníngeas por *Listeria*. El enfermo curó con un tratamiento a base de penicilina, dihidroestreptomicina y eritromicina.

#### American Review of Tuberculosis and Pulmonary Diseases.

72 - 1 - 1955.

Un esquema de tratamiento de la tuberculosis. C. Muschenheim.

- **Bases acústicas del examen del tórax.** Estudios mediante espectrografía de los sonidos. V. A. McKusick, J. T. Jenkins y G. N. Webb.
- El nivel de infección tuberculosa entre algunas tribus indias y la influencia de la vacunación con BCG sobre la prueba tuberculínica. J. D. Aronson y H. C. Taylor.
- **Mycobacterium fortuitum.** A. Q. Wells, E. Agius y N. Smith.
- Tratamiento con Nystatin (Mycostatin) en la coccidioidomicosis. L. E. Gordon, C. E. Smith y D. S. Wedin.
- **Trastorno hepático en la tuberculosis pulmonar crónica.** E. Ban.
- Resultados de la biopsia de los ganglios esclenios en enfermos con calcificaciones pulmonares. J. E. Johnson.
- Experiencias posteriores con combinaciones de pancreatina y compuestos de amonio cuaternario para el cultivo del *M. tuberculosis*. R. Saxholm.
- El problema del psicótico tuberculoso. M. Pollack y J. H. Williams, R. A. Patnode, P. C. Hudgins y M. M. Cummings.
- Bacilos ácidoresistentes cromogénicos de fuentes humanas. IV. Respuesta "in vitro" a diversos agentes antimicrobianos en medio de agar sangre-glicerina. M. S. Tarshis, W. A. Weed, M. V. Parker y W. B. Dunham.

**Bases acústicas del examen del tórax.**—Se estudian las características de los ruidos respiratorios en la salud y en la enfermedad por el método de la fonoespectrografía. La mayor parte de los hallazgos apreciados ya habían sido revelados o conjeturados anteriormente por investigadores que usaron otras técnicas. No obstante, mediante el uso del método fonoespectrográfico ha sido posible observar gráficamente los ruidos respiratorios en la salud y la enfermedad en mayor grado de lo que había sido posible anteriormente. Se muestran las diferencias físicas que caracterizan a las notas mates, resonantes y timpánicas a la percusión, las diversas formas de ruidos respiratorios y los estertores secos y húmedos. El cambio observado en la voz cuchicheada y la hablada en la enfermedad pueden relacionarse con alteraciones físicas en las propiedades conductoras y filtradoras del pulmón y de sus tejidos de revestimiento. La calidad musical de los estertores asmáticos proviene de la presencia de un notable tono armónico.

**Mycobacterium fortuitum.**—Se describe un bacilo ácidoresistente aislado de los ganglios linfáticos cervicales de una joven de Malta. El bacilo muestra las características culturales del *M. fortuitum*. Este bacilo, patógeno para los ratones, da lugar, tras su inyección intravenosa a estos animales a la producción de abscesos múltiples en los riñones, permaneciendo indemnes los demás órganos.

**Tratamiento con Nystatin en la coccidioidomicosis.**—Esta droga se mostró inhibidora "in vitro" para el *C. immitis* a concentraciones de 100 gammas por c. c. de medio de asparagina. Los ratones infectados intraperitonealmente con una suspensión salina de esporos de *C. immitis* y tratados poco después de la infección con dosis repetidas de 1 miligramo de Nystatin revelaron una notable disminución de la normalidad. Cuando se demoró el tratamiento hasta más allá del octavo día consecutivo a la infección, los resultados fueron menos favorables. Todos los animales, tratados o no, que murieron tenían extensas lesiones pulmonares y viscerales. Los animales tratados y sacrificados al terminar el experimento presentaban menos lesiones pulmonares, pero las viscerales eran extensas. Aunque estos resultados son alentadores, debe continuar la busca de otros agentes más eficaces contra la coccidioidomicosis.

**Trastorno hepático en la tuberculosis pulmonar crónica.**—Este estudio comprendió 94 casos de infecciones pulmonares crónicas, tuberculosas o no. En el grupo testigo de 34 sujetos no tuberculosos estaban trastornadas más de tres funciones hepáticas en cinco enfermos. 33 biopsias hepáticas revelaron anatomía anormal de menor cuantía en seis casos. En un grupo de 60 tuberculosos hubo anomalía de la turbidez del tirol en 45, de la floculación de la cefalina-colesterina en 45 y de la retención de bromosulfaleína en 51. La bilirrubina y la fosfatasa alcalina del suero quedaban dentro de límites normales. La biopsia hepática reveló degeneración adiposa, necrosis, regeneración de las

células hepáticas, esclerosis periportal, infiltración por células inflamatorias, tubérculos clásicos y depósitos amiloideos en 45 de 59 biopsias efectuadas. Parece existir una correlación bien definida entre las alteraciones anatómicas y las funcionales en el hígado. La infiltración adiposa, la esclerosis periportal, la necrosis, la regeneración celular y la infiltración por células inflamatorias son consecuencia de la toxemia tuberculosa. Se ha apuntado que puede sobrevenir cirrosis hepática por dicha toxemia. La lesión hepática no guardó la menor relación con la duración de la enfermedad en la tuberculosis pulmonar.

### The Practitioner.

174 - 1.042 - abril 1955.

- **El niño ciego.** J. H. Doggart.
- **El niño sordo.** E. Whetnall.
- **El niño epiléptico.** P. Henderson.
- **El niño espástico.** P. E. Polani.
- **El niño epiléptico.** P. Henderson.
- **El cardíaco inválido.** J. A. Hutchinson.
- **El niño con enfermedad pulmonar crónica.** C. Parsons.
- **El niño con alergia crónica.** R. S. Illinworth.
- **El niño inválido.** S. A. S. Malkin.
- **El niño paralítico, con especial referencia a la poliomielitis.** D. Brocks.
- **El niño desfigurado.** D. N. Matthews.
- **Labio y paladar hundido.** R. J. V. Battle.
- **Anormalidades endocrinas en la infancia.** J. M. Smelie.
- **El niño mentalmente subnormal.** A. S. Paterson.
- **El niño delincuente.** A. Torrie.
- **El niño inadaptado.** M. M. Methven.
- **El niño indiferente.** D. Makepeace.
- **El niño ilegítimo.** C. Cooper.
- **Cloropromazina.** G. M. Wilson y D. R. Wood.

**El niño con enfermedad pulmonar crónica.**—Las enfermedades pulmonares crónicas constituyen un grave inconveniente para los niños en edad escolar, y los efectos del tratamiento son con frecuencia contradictorios. No se pueden definir líneas claras en el tratamiento a causa de que los cuadros clínicos del asma, bronquitis crónica y bronquiectasias se mezclan los unos con los otros y a causa de la multiplicación de factores causales que pueden intervenir. La mayoría de los niños afectos de enfermedad pulmonar han de ser tratados en casa y se sugieren varias medidas terapéuticas que puedan facilitar la labor del médico en estos casos.

**Anormalidades endocrinas en la infancia.**—El autor hace una revisión de todas las posibles anomalías endocrinias de la infancia, pero, sobre todo, hace referencia a dos estados que erróneamente se suelen diagnosticar como endocrinopatías: la criptorquidia y el niño gordo. La criptorquidia prácticamente nunca es debida a una deficiencia endocrina. Cuando el testículo no ha descendido en la pubertad, la causa es una ectopia y ninguna hormona puede tener un efecto benéfico. En cambio a los niños obesos, el tratamiento es limitar su apetito y la ingestión de alimentos. Las hormonas, como el extracto tiroideo, no juegan ningún papel y pueden ser peligrosas. Naturalmente, se hace excepción del síndrome de Cushing y de Fröhlich.

**Cloropromazina.**—Consideran los autores que la cloropromazina ha sido lanzada al mercado con un exceso de publicidad, siendo en la actualidad ampliamente prescrita. Tiene una poderosa acción depresora del sistema nervioso central y probablemente usos valiosos en psiquiatría, anestesia y como antiemético. Desgraciadamente, su acción no es conocida en la misma medida en que es empleada, por lo que son necesarios estudios experimentales adecuados, los cuales nos permitan asignar un puesto definitivo a esta droga.

### British Medical Journal.

4.935 - 6 de agosto de 1955.

- **Algunas enfermedades nuevas en pediatría.** J. H. Hutchinson.
- **Orden y desorden en la función pulmonar.** W. M. Arnott.
- **Observaciones clínicas sobre la enfermedad veno-oclusiva del hígado en adultos de Jamaica.** K. L. Stuart y G. Bras.

- Tratamiento del parkinsonismo con un nuevo compuesto (B. S. 5.930). R. O. Gillhespy y A. H. Ratcliffe.
- Tratamiento operatorio del varicocele. W. A. T. Robb.
- Varicocele en la subfertilidad. W. S. Tulloch.
- Disturbio del feto y muerte fetal intrapartum. C. N. McFarlane.
- Tumor de la aurícula izquierda simulando estenosis mitral. G. P. Jones y D. G. Julian.
- Perforación de una úlcera tuberculosa intestinal. R. G. Talwalkar.
- Pectus excavatum. J. T. Harold.
- Curación de la pancreatitis recidivante. S. De C. Barclay.
- Tumor óseo de la mama. W. H. G. M. Ling e I. S. Stewart.

**Observaciones clínicas sobre la enfermedad veno-oclusiva del hígado en Jamaica.**—Los autores hacen una revisión del cuadro clínico de este proceso con motivo de la observación de cuatro enfermos. Cursa en tres estadios: En el estadio agudo hay dolores abdominales, gran hepatomegalia y ascitis considerable, con esplenomegalia ligera y edema en los miembros inferiores; pueden precisarse repetidas paracentesis y la hepatomegalia y la ascitis pueden desaparecer con notable rapidez, desapareciendo por completo en ocasiones en siete y catorce días y la mayoría de los enfermos recuperan por completo, aunque algunos mueren en el estadio agudo de insuficiencia hepática; en otras ocasiones este estadio agudo puede pasar imperceptiblemente al segundo estadio. El estadio subagudo se caracteriza por una hepatomegalia persistente y firme y en ocasiones con ascitis de repetición; generalmente no presentan síntomas y el enfermo está aparentemente sano, demostrándose el trastorno cuando se examina al enfermo por otras molestias; el bazo está aumentado de tamaño en este estadio y la ictericia es muy rara, excepto terminalmente. Por último, en el tercer estadio crónico la situación es prácticamente similar a la de cualquier otra forma de cirrosis y con frecuencia totalmente indiferenciable; sin embargo, parece cursar más rápidamente que la cirrosis por otras causas y la muerte en este estadio se debe con frecuencia a hematemesis por ruptura de varices esofágicas, y también la insuficiencia hepática y la hepatogastro son causas frecuentes de muerte. Nada se sabe en cuanto a la etiología de este proceso, pero en cuanto a los mecanismos de la hepatomegalia y ascitis, consideran los autores que en el estadio agudo son el resultado mecánico de la congestión hepática producida por la oclusión de las radículas venosas del hígado; establecen la comparación con la ascitis experimental producida por ligadura de la vena cava inferior en su porción torácica en los animales. Sugieren el tratamiento con una dieta rica en proteínas y restricción de líquidos y sal, pero subrayan la dificultad para valorar la respuesta al tratamiento.

**Tratamiento del parkinsonismo con un nuevo compuesto.**—Los autores han ensayado el nuevo compuesto B. S. 5.930 (clorhidrato de beta-dimetilamino-etil-2-metilbenzihidril) en 67 enfermos con parkinsonismo. En 39 casos se apreció una notable mejoría clínica que fué considerada como buena o excelente en 31 casos (46 por 100).

**Tumor de la aurícula izquierda simulando una estenosis mitral.**—Declaran los autores que los tumores cardíacos primarios son francamente raros, pero que actualmente se vienen refiriendo con aumentada frecuencia. En ocasiones es posible la extirpación quirúrgica cuando se produce la obstrucción mecánica, pero el diagnóstico preoperatorio es difícil y generalmente sólo se logra en la cardiotomía exploradora. El caso descrito por los autores manifestaba algunos de los rasgos de la estenosis mitral reumática, pero no se encontró la enfermedad valvular en la operación. El diagnóstico de tumor cardíaco localizado, generalmente un mixoma, que produce obstrucción es ahora más que de un interés académico y casos similares se encontrarán de vez en cuando en las unidades de cirugía del tórax, ya que ahora la cardiotomía es un procedimiento de rutina. En nuestro caso se encontró en la operación un tumor pediculado dentro de la aurícula izquierda, partiendo del septo, que actuaba a manera de una válvula introduciéndose en el orificio mitral con cada sistole

auricular, el tumor era friable y en vista del peligro de embolias no se realizó la extirpación. Se pensó ulteriormente una operación radical bajo anestesia hipotérmica, pero el enfermo murió de edema pulmonar agudo en el segundo día postoperatorio. En la sección se encontró un tumor que ocupaba casi por completo la aurícula izquierda y cuya histología demostró que se trataba del llamado seudomixoma del corazón.

4.936 - 13 de agosto de 1955.

- Empleo de la epidemiología. J. N. Morris.
- Valoración de la función adrenocortical en casos de tumor hipofisario. H. J. Crow.
- Embolia arterial periférica. R. P. Jepson.
- Parálisis de nervios oculares con intensa cefalea en diabéticos. W. P. U. Jackson.
- Neurosis en la práctica general. J. C. E. Pougher.
- Suspensión de insulina zinc en la diabetes infantil. O. H. Wolff y T. G. Maddison.
- Tiña por trichophyton sulphureum. D. Sharwill.
- Tratamiento de la ascaridiasis en niños con adipato de piperazina. M. Hanna y A. H. Shehata.
- Intoxicación por sulfato ferroso con gran estrechez del estómago. J. A. Shepherd.
- Un caso de priapismo. W. J. Fraser.

**Función adrenocortical en casos de tumor hipofisario.**—El autor ha realizado una investigación sobre el papel desempeñado por el déficit corticosuprarrenal como causa de muerte después de la operación en casos de adenoma y quiste de la hipófisis. Después de describir un esquema para la elaboración preoperatoria de la actividad adrenocortical y algunos pasos que deben tomarse para mejorar los resultados del tratamiento quirúrgico, refiere que existen síndromes de insuficiencia hipofisaria postoperatoria, empleando para ellos los términos de torpor hipofisario y crisis hipofisaria, cuyas relaciones con el coma hipopituitario discute. Por los resultados descritos en sus casos, parece lógico deducir que es evitable en su primera parte la muerte por déficit hipofisario.

**Parálisis de nervios oculares con intensa cefalea en diabéticos.**—El autor describe cuatro casos de intensa cefalea localizada con parálisis de nervios oculares presentadas en enfermos diabéticos. En todos los casos se sospechó un aneurisma supraclinodeo intracraneal "congénito" o una lesión local similar, pero no se confirmó esta suposición y el proceso desapareció siempre en el plazo de unas pocas semanas. Cree que se trata de una más entre las distintas variedades de neuropatía diabética, aunque esto no lo ha podido confirmar.

**Suspensión de insulina zinc en la diabetes infantil.**—Los autores declaran haber obtenido un buen control de la diabetes en 18 de 20 niños utilizando una inyección diaria de suspensión de insulina zinc mediante la mezcla de tres partes de la amorfia y siete de la cristalina.

**Adipato de piperazina en la ascaridiasis en niños.**—Los autores han tomado 85 niños (47 varones y 38 hembras) con edades comprendidas entre año y medio y doce años, que padecían una ascaridiasis y los tratan con tabletas de adipato de piperazina, conteniendo cada una 0,3 gramos. Como resultado puede establecerse definitivamente que el adipato de piperazina es una droga efectiva y segura para el tratamiento de la infestación por ascaris en niños. El esquema recomendado, especialmente para uso amplio, es una dosis de 0,75 gramos para cada año de edad superior a los seis años y 4,5 gramos de seis años en adelante, para administración diaria en cuatro dosis iguales a intervalos de cuatro horas después de las comidas. El adipato de piperazina se administró en forma de tabletas que se toman fácilmente por los niños.

4.937 - 20 de agosto de 1955.

- El arte de la dermatología. R. M. B. MacKenna.
- La tradición terapéutica de Whitfield. D. I. Williams.
- Tratamiento de las enfermedades de la sangre con ACTH y cortisona. Tercera comunicación al Medical Research Council.

- Efecto de la 9 alfa-fluorhidrocortisona sobre la hiperfunción suprarrenal en el síndrome de Cushing. C. L. Cope y R. J. Harrison.
- Tratamiento oral de la anemia perniciosa con un preparado combinado de vitamina  $B_{12}$  y factor intrínseco. E. K. Blanckburn, H. Cohen y G. M. Wilson.
- Retraso del lenguaje y afasia de desarrollo. M. Morley, D. Court, H. Miller y R. F. Garside.
- Signos de la obstrucción del seno longitudinal superior consecutivo a traumatismos cerrados del cráneo (hidrocefalia traumática). J. P. Martin.
- Cloropromazina y stress operatorio en un hospital tropical. V. Keating.
- Desensibilización de las enfermeras alérgicas a la penicilina. B. J. O'Driscoll.
- Leucopenia neutrófila absoluta después del empleo no controlado de amiodrina. A. F. Kennedy.
- Mononucleosis infecciosa recidivante. J. K. Paterson y J. L. Pinniger.

**ACTH y cortisona en las enfermedades de la sangre.** Señalan los autores que en la mayoría de los enfermos con anemia hemolítica adquirida y con púrpura trombocitopénica idiopática pueden provocarse las remisiones mediante la administración de ACTH o cortisona. En este sentido subrayan la importancia de una dosificación adecuada y señalan que las remisiones pueden mantenerse con frecuencia durante largos períodos por medio de la administración continuada de las hormonas. En la leucemia aguda, la administración de ACTH y cortisona produjo remisiones temporales en aproximadamente la mitad de los enfermos tratados, y comparando esta forma de tratamiento con las restantes se observan mayores ventajas del mismo; no obstante, pocos enfermos sobreviven durante más de un año. Terminan diciendo que en otros procesos hematológicos la administración de ACTH y cortisona rara vez produce efectos favorables.

**Efecto de la fluorhidrocortisona sobre la hiperfunción suprarrenal en el síndrome de Cushing.**—Declaran los autores que la 9-alfa-fluorhidrocortisona constituye un sustituto potente de la cortisona en el hombre y que se ha utilizado con éxito como la única terapéutica de mantenimiento en pacientes con enfermedad de Addison. Es un fenómeno bien conocido que la cortisona inhibe la hipertrofia suprarrenal y no a tumor. Asimismo, en el síndrome adrenogenital, siempre que éste se deba a hipertrofia suprarrenal y no a tumor. Asimismo, en el síndrome adrenogenital con hipertrofia suprarrenal la eliminación alta de cetoesteroídes puede inhibirse por la fluorhidrocortisona. En el síndrome de Cushing, que se asocia con producción excesiva de hidrocortisona, no se sabe todavía si la cortisona inhibe la función suprarrenal, a causa de que la actividad de esta glándula se juzga habitualmente por las cifras de la hormona en sangre o la eliminación de sus metabolitos, que son esencialmente los mismos que se presentan naturalmente. La fluorhidrocortisona suministra una oportunidad para sobreponerse a esta dificultad técnica, puesto que los productos finales de su metabolismo son diferentes a los derivados de la hidrocortisona. Han estudiado el efecto de la fluorhidrocortisona en un caso típico de síndrome de Cushing, prestando atención particular a la eliminación de hidrocortisona, pensando que verosímilmente esto proporciona el índice más sensible y específico de la modificación en la función suprarrenal. La eliminación de hidrocortisona en este enfermo era alta, 400-500  $\mu$ g. diarios (normal de 40-200  $\mu$ g. diarios); se administró entonces fluorhidrocortisona en dosis diarias de 2, 5, 10 y 15 miligramos, observándose una inhibición de la eliminación de hidrocortisona que volvió a los niveles normales tan pronto como se suprimió la droga. Los hallazgos de que la fluorhidrocortisona puede inhibir la actividad suprarrenal en el síndrome de Cushing debido a hipertrofia suprarrenal hace brotar la esperanza de que pueda desarrollarse un procedimiento diagnóstico en este proceso similar al que se emplea en el síndrome adrenogenital y que el síndrome de Cushing debido a tumor suprarrenal sea insensible a la inhibición por la fluorhidrocortisona.

**Tratamiento oral de la anemia perniciosa con un preparado combinado de vitamina  $B_{12}$  y factor intrínseco.**—

Los autores han hecho un ensayo clínico del tratamiento oral de la anemia perniciosa con un preparado que contenía una combinación de vitamina  $B_{12}$  y factor intrínseco. En cuatro de cinco enfermos previamente no tratados se vió una respuesta satisfactoria; en el quinto el tratamiento no fué ineficaz, pero este enfermo respondió posteriormente a la vitamina  $B_{12}$  parenteral. En 12 enfermos tratados previamente con vitamina  $B_{12}$  parenteral y transferidos al tratamiento de mantenimiento con el preparado oral, la hemoglobina y los hematies mostraron durante un año un descenso significativo. En otro enfermo con terapéutica oral de mantenimiento se desarrollaron los rasgos de la degeneración combinada subaguda. Concluyen que en el momento presente la terapéutica oral no es tan de confianza como la vitamina  $B_{12}$  por inyección.

**Signos de obstrucción del seno longitudinal superior consecutiva a traumatismos cerrados del cráneo (hidrocefalia traumática).**—El autor describe cinco casos en los que se presentaron los signos y síntomas atribuidos a la obstrucción del seno longitudinal superior después de traumatismos cerrados del cráneo. En cuatro casos las manifestaciones eran totalmente comparables a las de la hidrocefalia de origen óptico; en el restante caso se desarrolló el síndrome completo descrito por HOLMES y SARGENT. A su juicio, la lesión de la dura en la pared de un seno y la extensión de la trombosis a partir de abrasiones del cuero cabelludo o la lesión de las venas emisarias, son probablemente los factores más importantes que causan la trombosis del seno en tales casos. Como el seno longitudinal superior generalmente cursa hacia el seno transverso derecho, supone una mayor importancia en cuanto a lo que se refiere a esta complicación, a las lesiones en los recién nacidos del seno derecho transverso.

4.938 - 27 de agosto de 1955.

Educación de adultos. R. Livingstone.  
Para el consultante. D. Hubble.  
Para el científico preclínico. K. J. Franklin.  
Para el profesor clínico académico. J. McMichael.  
Para el médico general. L. W. Batten.  
Para el médico general. C. W. Walker.  
El puesto de la psicología y psiquiatría en la educación médica. D. Curran.  
¿Por qué psiquiatría? D. Henderson.  
Enseñanza de la dermatología a los estudiantes de Medicina. B. J. Peck.  
El currículum médico. A. Mair.

### The Lancet.

6.884 - 6 de agosto de 1955.

Efectos cerebrales adversos de la anestesia en los ancianos. P. D. Bedford.  
• Enfermedad del suero y reacciones locales en la profilaxis del tétanos. N. H. Moynihan.  
Capacidad respiratoria en el período neonatal. S. Engel.  
• Fentolamina en el diagnóstico y tratamiento del feocromocitoma. E. P. W. Helps, K. C. Robinson y E. J. Ross.  
• Feocromocitoma bilateral en dos hermanas. A. R. Kelsall y E. J. Ross.  
• Feocromocitoma maligno con metástasis funcionantes. P. Davis W. S. Peart y W. Van't Hoff.  
• Reversión de la hipertensión maligna debida a feocromocitoma ectópico. T. E. Richardson, J. H. Ross y A. L. Turnbull.  
• Neuritis óptica consecutiva a la terapéutica con isoniazida. J. A. Keeping y C. W. A. Searle.

**Complicaciones de la profilaxis del tétanos.**—Señala el autor que un análisis de 7.580 casos en los que se administró antitoxina tetánica para la profilaxis, demuestra que en el 5,3 por 100 la inyección se siguió de alguna forma de reacción. La más corriente fué una reacción local (2,7 por 100), pero se vió con casi igual frecuencia la enfermedad del suero (2,5 por 100). La incidencia de reacciones fué más alta en los niños y disminuyó con la edad; también era más alta en la segunda mitad del primer año que en la primera. Algunas de las 401 reacciones fueron lo suficientemente intensas como para exigir el ingreso en el hospital e incluso cuando no había más que eritema y picor en el sitio de la inyección.

ción, la irritación y molestia causadas eran mucho mayores que lo que correspondía a la herida original. Así, a pesar de la mejoría en los métodos de purificar y refinar el suero, el problema de las reacciones séricas es todavía muy importante tanto para el médico como para el enfermo. Añade que en todos los departamentos de traumatología deben haber reglas escritas para todo el personal sobre el procedimiento a adoptar antes de administrar la antitoxina tetánica. A todos los enfermos debe preguntarse si previamente han recibido alguna inyección de suero, y si es así, si han tenido alguna clase de reacción; también debe preguntarse sobre la existencia de asma, fiebre de heno u otros trastornos alérgicos en el enfermo o en su familia. Debe avisarse al enfermo sobre las reacciones que pueden ocurrir y preguntarle si ha tenido alguna de ellas cuando vuelve para el tratamiento. En los presentes casos las reacciones se trataron con antihistamínicos y generalmente desaparecieron en el plazo de cuatro días, no durando más de doce días.

**Fentolamina en el diagnóstico y tratamiento del feocromocitoma.**—Declaran los autores que la prueba de la fentolamina intravenosa (regitina) es un método sencillo y seguro para diferenciar los feocromocitomas de otras formas de enfermedad hipertensiva. Ahora bien, como pueden producirse resultados positivos y negativos falsos, se utilizará en conjunción con la investigación en la orina de las aminas presoras. Añaden que la eficacia de la regitina para controlar la elevación excesiva de la presión durante la extirpación operatoria del tumor la han podido confirmar reiteradamente y en este sentido comunican tres casos ilustrativos.

**Feocromocitoma bilateral en dos hermanas.**—Los autores comunican la observación de un feocromocitoma bilateral en dos hermanas. Con este motivo revisan la literatura y encuentran que en tres de los cuatro ejemplos de feocromocitoma familiar referidos en la literatura, los tumores eran bilaterales y en la excepción sólo se exploró una suprarrenal en la operación. En tres de estas cuatro familias había una alta incidencia de otro trastorno endocrino, bien tiroides o diabetes mellitus. En la familia de sus enfermas no han podido descubrir ningún otro trastorno endocrino, pero faltan detalles sobre los padres de las enfermas.

**Feocromocitoma maligno con metastasis funcionantes.**—Describen los autores un caso de feocromocitoma maligno en el que la hipertensión paroxística persistió después de la extirpación del tumor primario. En la autopsia se encontraron metástasis que contenían noradrenalina, las cuales debían ser activas desde un punto de vista secretor, puesto que la eliminación urinaria de aminas presoras permaneció alta. Añaden que un aumento persistente en la cantidad de aminas presoras urinarias después de la extirpación de un feocromocitoma sugiere la presencia de otro tumor primario o que el tumor original era maligno y ha metastatizado ya.

**Reversión de la hipertensión maligna por feocromocitoma ectópico.**—Los autores refieren un caso de hipertensión maligna debida a un feocromocitoma ectópico. Los síntomas se controlaron antes de la operación por medio de la administración intravenosa prolongada de piperoxano. La extirpación del tumor se siguió de un descenso de la presión arterial a cifras normales.

**Neuritis óptica consecutiva a la terapéutica con isoniazida.**—Los autores declaran haber observado el desarrollo de una neuritis óptica a los veinticinco días de la administración de isoniazida, con mejoría ulterior a pesar de la supresión tardía de la droga. Consideran que la isoniazida puede ser un agente tóxico. Como la complicación es rara, afortunadamente, piensan en la idiosincrasia como factor precipitante.

6.885 - 13 de agosto de 1955.

- \* El síndrome hiperquínético en niños epilépticos. C. Ounsted.
- Edad de los padres y mutación. L. S. Penrose.
- \* Control de la infección por *pseudomonas pyocyanea* en una sala urológica. L. N. Pyrah, W. Goldie, F. M. Parsons y F. P. Raper.
- Ganglios asociados con las articulaciones del codo y la rodilla. I. W. Broomheath.
- \* Protrusión del disco lumbar como urgencia quirúrgica. B. Fairburn y J. M. Stewart.
- \* Hemorragia suprarrenal traumática oculta. M. Levene.
- Cesárea inferior para la placenta previa. J. K. Russell.
- Ruptura de la cicatriz de la cesárea del segmento inferior. J. P. O'Dwyer.
- Leiomioma del recto. F. Ghabrial.
- \* Respuesta metabólica a la adrenalectomía. J. S. Robson, D. B. Horn, H. A. Dudley y C. P. Stewart.

**El síndrome hiperquínético en niños epilépticos.**—El autor ha analizado 70 niños con convulsiones e hiperquinesia; los niños afectos formaban el 8 por 100 de un gran número de niños no seleccionados con epilepsia y otros trastornos convulsivos. Encuentra que el sexo masculino es un factor etiológico significativo. El síndrome generalmente se desarrolla desde el insulto primario al establecimiento de la epilepsia en los cinco primeros años de la vida y parece necesario un factor iniciador la presencia de un episodio de insulto cerebral orgánico agudo. Los insultos forman un grupo heterogéneo. Los factores genéticos no juegan un papel directo en el síndrome, pero pueden actuar indirectamente a través de las epilepsias determinadas genéticamente. El hábito físico tiende hacia la mesomorfia. Encuentra todas las variedades corrientes de ataques epilépticos, excepto el petit mal, siendo frecuentes los grandes ataques focales, los ataques gesticulantes y los del lóbulo temporal. En 22 niños se produjo un status epilepticus y la lesión cerebral durante esta situación iniciaba o exacerbaba el trastorno mental. De los anticonvulsivantes, el más útil resultó ser la pridomina (ysolina). Los electroencefalogramas muestran bien el patrón de onda-punta o los focos del lóbulo temporal o ambos. La lateralidad de la disfunción cortical no está relacionada con el riesgo de la hiperquinesia; los hemisferios izquierdo y derecho se afectan igualmente, según se ve, por la hemiplegia, ataques focales, electroencefalograma, focos y destreza dominante. La inteligencia no estaba relacionada con la lateralidad de las lesiones corticales. El predominio de diestro o zurdo era ipsilateral al sitio del trastorno máximo electroencefalográfico; el defecto del lenguaje era más corriente en los zurdos. El nexo anatómico crucial para el sistema cerebral responsable de la hiperquinesia puede ser subcortical. Los anticonvulsivantes, aunque esenciales, no mejoran el trastorno de la conducta y pueden originar exacerbaciones. La anfetamina produce una mejoría en la cuarta parte de los casos y reacción depresiva en las dos terceras partes; la sensibilidad a la dextroanfetamina es útil como prueba diagnóstica en los casos precoces. La hiperquinesia está generalmente en la proporción del doble del nivel de rapidez o energía del niño normal, en el sentido de que las tácticas standard se cumplen en la mitad del tiempo normal. Se presentan trastornos de la atención cuando la hiperquinesia es más intensa, pero es éste el último signo en aparecer y el primero en regresar. Las duraciones de la atención son leves e inelásticas; el contenido, en cuanto a la atención, es muy consistente consigo mismo, siendo precisa la actividad y bien coordinada. Las aptitudes de los padres asumen un patrón característico, al cual le da el nombre de hiperpedofilia, que exhibe consecuencias médicas y sociales desfavorables. Discute el tratamiento de los niños y sus familias, como asimismo la naturaleza del síndrome hiperquínético en términos de concepto de la atención, y sugiere que puede emplearse un análisis clínico sencillo para medir las características del síndrome.

**Control de las infecciones por *pseudomonas pyocyanea* en una sala urológica.**—Describen los autores un brote de infección por *Ps. pyocyanea* en una sala urológica, debida en su mayor parte al tratamiento del prostatitis-

mo y posiblemente por errores en los métodos de esterilización. La severidad en la técnica de esterilización y la introducción de un sistema cerrado de drenaje de la vejiga en los casos de prostatectomía eliminó virtualmente la infección.

**Protrusión del disco lumbar como urgencia quirúrgica.** Los autores describen tres casos de protrusión masiva del disco intervertebral que originó una compresión bilateral aguda de la cola de caballo. Los resultados de la cirugía precoz fueron buenos y recomiendan que tales casos deben ser considerados siempre como urgencias quirúrgicas. Por último, terminan subrayando la importancia de la mielografía preoperatoria.

**Hemorragia suprarrenal traumática oculta.**—El autor presenta cuatro casos con grandes traumatismos que acabaron con la muerte, y en los que se encontró una lesión suprarrenal en la necrosis. Sugiere que tal lesión es, en ocasiones, la causa de la muerte en casos de traumatismo craneal cerrado.

**Respuesta metabólica a la adrenalectomía.**—Los autores han hecho estudios metabólicos después de la extirpación de la segunda suprarrenal de un enfermo que padecía una hipertensión maligna. Encuentran que las alteraciones metabólicas postoperatorias, en lo que respecta al sodio, potasio y nitrógeno, fueron similares a las que siguen a las operaciones en enfermos con glándulas suprarrenales funcionalmente intactas. Es, por lo tanto, completamente obvio que en este caso la respuesta metabólica postoperatoria no se debía al aumento en la secreción por la corteza suprarrenal.

6.886 - 20 de agosto de 1955.

- \* Kwashiorkor y malnutrición proteica. J. F. Brock, J. D. L. Hansen, E. E. Howe, P. J. Pretorius, J. G. A. Davey y R. G. Hendrickse.
- \* Curación completa de la gota. F. G. W. Marson.
- \* Degeneración nerviosa en las enfermedades malignas. W. T. E. McCaughey y J. H. D. Millar.
- \* Efecto metabólico de la 9 alfa-fluorohidrocortisona y de la cortisona en la insuficiencia suprarrenal. O. Garrod, J. D. N. Nabarro, G. L. S. Pawan y G. Walker.
- Sordera en niños escolares con parálisis cerebral. L. Fisch. Ingestión de vitamina D en la infancia. R. D. G. Greery y D. W. Neill.
- Efecto del ácido triyodotiroacético en un caso de mixedema. W. R. Trotter.
- \* Versenato cálcico en la enfermedad de la neurona motora. A. M. G. Campbell.
- Calcificación en el hígado. W. C. Smallwood, J. C. Bishop y J. A. Litchfield.

**Kwashiorkor y malnutrición maligna.**—Describen los autores los ensayos terapéuticos en casos de kwashiorkor realizados en tres casos de África del Sur, que tenían por objeto determinar qué elementos nutritivos en la leche descremada eran los responsables de la curación de esta enfermedad. Los ensayos se limitaron a la iniciación de la cura y, por lo tanto, no sacan conclusiones sobre su consolidación. En el kwashiorkor la cura puede iniciarse administrando leche desnatada sin otros suplementos dietéticos. Una fórmula parcialmente sintética ( $C_2$ ) consistente en caseína Labco sin vitaminas, agua, glucosa y una mezcla salina demostró ser no menos eficaz que la leche desnatada, tanto en la iniciación de la cura como en la restauración de la cifra de albúminas en el suero; por lo tanto, es evidente que esta fórmula contiene los factores curativos de la leche desnatada. Añaden que están continuando ahora los ensayos con caseína Labco de la que se ha extraído el factor 3 de Schwarz y con mezclas de aminoácidos puros integrantes de la caseína. Y efectivamente, en un addendum del trabajo concluyen que, por lo menos, en algunos casos de kwashiorkor la curación puede iniciarse con mezclas de aminoácidos sintéticos suplementados por vitaminas conocidas y que los factores dietéticos no identificados, como el factor 3 de Schwarz y el factor del lactobacillus bifidus de György, no se requieren para la iniciación de la curación.

**Curación de la gota.**—Sefiala el autor que el control efectivo de la uricemia mediante la administración

continua de salicilato sódico mejora rápidamente los síntomas de la artritis gotosa crónica. Al principio los ataques leves de gota aguda continúan, pero después de un período variable todas las manifestaciones dolorosas de la gota desaparecen por completo. Describe siete casos en los que administró salicilato sódico o probenecid durante períodos de dieciocho a sesenta meses y registran su progreso durante el tratamiento. Despues de hacer una sugerencia para explicar el retraso habitual en la desaparición de los ataques agudos, señala que en un caso la recidiva de los síntomas gotosos crónicos se siguió de la sustitución de probenecid por salicilato; sin embargo, esta droga es en ocasiones eficaz para mejorar la gota y está indicada en aquellos enfermos que no toleran el salicilato.

**Degeneración nerviosa en las enfermedades malignas.** Los autores refieren un caso en el que se apreció un tipo raro de trastorno neurológico asociado con un carcinoma bronquial. En la sección se comprobó que el carcinoma no había metastatizado en el sistema nervioso. Añaden que existían al tiempo porfobilinogenuria y una cifra muy baja de colesterol en la sangre.

**Efectos metabólicos de la fluorohidrocortisona y de la cortisona en la insuficiencia suprarrenal.**—Los autores comparan en dos enfermos con insuficiencia suprarrenal los efectos metabólicos de la 9 alfa-fluorohidrocortisona con los del acetato de cortisona. La actividad mineralocorticoide de la fluorohidrocortisona a la dosis de 0,5 miligramos al día fué mucho mayor que la del acetato de cortisona a la dosis de 50 miligramos diarios, mientras que fueron inferiores los efectos glucocorticoideos. La sustitución adecuada se obtuvo mediante la combinación de ambos esteroides con una ingestión normal de sodio.

**Ácido triyodotiroacético en un caso de mixedema.**—Declara el autor que desaparecieron rápidamente los signos clínicos en un caso de mixedema tras la administración de ácido triyodotiroacético (triac) en dosis orales de 6 miligramos diarios; el metabolismo basal y la cifra de colesterol en el plasma se hicieron normales. Al administrar al enfermo dosis orales diarias únicas de 2 miligramos, estos dos signos funcionales volvieron a los valores iniciales, pero los signos clínicos del mixedema no reaparecieron. La modificación del intervalo entre la dosis diaria del triac y el momento de la determinación del metabolismo no afectó al resultado. Por último, añade que no son concluyentes los intentos para determinar el efecto de dosis intravenosas únicas de triac sobre el metabolismo basal.

**Versenato cálcico en la enfermedad de la neurona motora.**—El autor describe un caso en el que existía una enfermedad de las neuronas motoras rápidamente progresiva; el cuadro se semejaba algo a la intoxicación por el plomo, pero no pudo encontrarse prueba de que se trataba de esta intoxicación; el único hallazgo significativo fué una neutropenia intensa, pero que ya había sido vista antes en la enferma. Por la semejanza con la intoxicación por el plomo el autor decidió tratar a esta enferma con versenato cálcico, consiguiéndose una recuperación rápida de todas las funciones motoras. A partir de esta enferma el autor ha ensayado el método de tratamiento en otros seis casos de enfermedad de la neurona motora; en cuatro de ellos no se vió mejoría, pero en los otros dos se apreció un descenso considerable en la fasciculación tras las inyecciones y uno de ellos mostró mayor potencia en los músculos lesionados. La utilidad de esta terapéutica debe ser probada, por lo que parece justificable una investigación ulterior.

6.887 - 27 de agosto de 1955.

- Iniciación. R. W. B. Ellis.
- Cómo trabajar. A. E. Clark-Kennedy.
- Introduciéndose en la familia médica. R. Gibson.
- Toma de historias responsables por los estudiantes médicos. D. H. Patey.

Observaciones sobre la toma de notas. H. Osmond.  
Un Servicio de Sanidad infantil en una Universidad colonial. D. B. Allbrook.  
Salud mental y las ciencias básicas. J. H. Woodger.  
Ensayo de escritura como técnica de enseñanza. J. Craig.  
Visita de familias por estudiantes de Medicina adelantados. R. Cruickshank.  
Observación de los errores. M. L. Johnson.

### La Presse Médicale.

63 - 48 - 2 de julio de 1955.

- Es antiaterógeno el ácido fenil-etil-acético? J. Cottet y A. Mathivat.
- Algunos datos prácticos sobre una experimentación personal de aerosolterapia con tripsina. A. Biron y L. Choay.
- La alergia ocular. L. Guillaumat.

**Acción antiaterógena del ácido fenil-etil-acético.**—La fenil-etil-acetamina (hipostarol), tiene una acción sobre el conjunto de los lípidos del suero. Disminuye la colesterolemia en un 75-80 por 100 de los casos, siendo su acción más marcada cuanto mayor es la hipercolesterolemia de principio, mientras que sobre las colesterolemias normales no parece tener acción ninguna. La lipidemia es también sensible a este medicamento, siendo disminuida en proporción semejante a la colesterolemia. Por tanto, consideran los autores que el ácido acetil-etil-acético actúa sobre las perturbaciones bioquímicas que caracterizan la arteriosclerosis.

**Aerosolterapia por la tripsina.**—Las indicaciones del método son la atelectasia aguda, las bronquiectasias, el asma bronquial, complicado de bronquitis infecciosa o paroxística y que al final presenta una expectoración más o menos abundante y pegajosa. La existencia de una expectoración molesta y difícil de fluidificar, es capital para el tratamiento. Con la tripsina se pueden mezclar los antibióticos o un broncodilatador. La acción del enzima sobre la coagulación sanguínea es nula a las dosis empleadas y los incidentes son mínimos o inexistentes si se emplea una técnica cuidadosa.

63 - 49 - 9 de julio de 1955.

- Los accidentes e incidentes no hemorrágicos de la heparinoterapia. L. Mathieu y cols.
- La parálisis facial: Modificaciones de las operaciones de anastomosis faciohipoglosa y de la plástica facial. W. C. Dodge y Gueukddjian.
- Encuesta serológica para descubrir la sifilis en 21.437 reclutas. Dutrey y cols.

**Accidentes no hemorrágicos de la heparinoterapia.**—Los autores distinguen: 1.) Los accidentes de shock, sumamente raros, en el momento de la primera inyección y parecen estar en relación con una heparina impura; excepcionalmente la intolerancia se refiere a la misma heparina. Más interesantes son los accidentes que sobrevienen al proseguir el tratamiento tras una interrupción, que parecen deberse a alergia por sensibilización anterior. Estos accidentes pueden ser graves o benignos. 2.) Los accidentes de hipercoagulabilidad secundaria, que se presentan sobre todo en tratamientos discontinuos o brusca y precozmente interrumpidos.

**Encuesta serológica en reclutas.**—Los autores presentan los resultados de una encuesta serológica realizada en 21.437 reclutas de veinte años. Esta encuesta fué cuidadosamente realizada, empleando sucesivamente toda clase de pruebas, con lo que se descubrieron 13 casos de sifilis (0,06 por 1.000). Una encuesta mucho más limitada y empleando los mismos procedimientos en 346 individuos originarios de África del Norte, revela una morbedad sifilitica mucho más elevada (49 por 1.000).

63 - 50 - 16 de julio de 1955.

- Tratamiento del asma por la corticoterapia según 95 observaciones. P. Vallery-Radot y cols.
- Estudio clínico del factor de aclaramiento. H. Kaufmann.
- El probenecid, inhibidor de ciertas actividades tubulares de la nefrona. B. Antonine.

**Tratamiento del asma por la corticoterapia.**—Los autores han tratado a 95 enfermos en estado asmático con ACTH, cortisona o hidrocortisona. Consiguen una rápida mejoría de los síntomas en 80 enfermos. Entre los 15 fracasos, hubo cuatro muertos; la autopsia reveló las lesiones corrientes del estado asmático. Los resultados lejanos son muy variables; solamente 10 se beneficiaron del tratamiento por más de seis meses. En 16 se realizó un tratamiento hormonal prolongado; no hubo más que tres fracasos y un resultado mediocre. La dosis umbral se sitúa, según los sujetos, entre 50 y 100 miligramos de ACTH o cortisona por día.

**El probenecid, inhibidor de ciertas actividades tubulares.**—El probenecid (o benemid) bloquea la actividad tubular del nefrón frente a ciertas substancias normalmente reabsorbibles o excretables. Su toxicidad es casi nula y su acción está inhibida por los derivados salicilados. Su acción es particularmente útil en el tratamiento de fondo de la gota; aumenta la uricosuria y su utilización permanente es un tratamiento muy útil en los gotosos. Pero, al comienzo, puede desencadenar un ataque de gota, lo que se puede prevenir por la administración simultánea de pequeñas cantidades de colchicina o butazolidina. El probenecid puede también aumentar la tasa plasmática de penicilina o de PAS.

63 - 51 - 23 de julio de 1955.

- Medida de la presión portal por la punción del hígado. A. Lemaire y E. Housse.
- Tentativa de evaluación del potencial de malignidad y de diseminación de las lesiones displásicas del cuello uterino. J. de Brux y H. Wenner-Mängen.
- Debe atenuarse la lucha antivenérea? A. Touraine.

63 - 52 - 3 de julio de 1955.

- Algunas consideraciones respecto a las formas L de las bacterias. P. Hauduroy.
- Antígenos liofilizados su parasitología. J. Coudert.
- Resistencias microbianas a los antibióticos. R. Peret.

### Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

85 - 49 - 3 de diciembre de 1955.

- Sintomatología, patogénesis y tratamiento de las sismatías faciales. R. Bing.
- Clinica de la compresión medular por hernia discal cervical. H. Kaeser y C. Broecklin.
- Acciones biológicas de un pirogénico altamente purificado (lipopolisacárido) de la *Salmonella abortus equi*. E. Eichenberger y cols.
- La fertilidad de los hombres con criotorquidia. J. Raboch y Z. Záhor.
- Diagnóstico diferencial de la pericarditis. E. Kopp y G. Jaccard.

**Hernia discal cervical.**—En las hernias del disco intervertebral en el cuello, la protrusión puede hacerse en el foramen intervertebral, comprimiendo la raíz contra la articulación y eventualmente también la arteria vertebral y su sistema simpático, o bien puede hacerse en el canal medular, cabiendo entonces tres posibilidades: protrusión media, con síntomas de compresión medular bilateral, protrusión paramedia, con compresión predominantemente unilateral sobre la médula y las raíces, y protrusión lateral, que puede comprimir sólo las raíces, sin afectar la médula. Clínicamente, se combinarán los siguientes elementos, variables según los casos: síndrome vertebral (dolores, limitación de movimientos), síntomas radiculares (trastornos de la sensibilidad, debilidad y atrofias musculares, alteraciones de los reflejos), síntomas medulares (hemi- y paraparesias espásticas, alteraciones de los reflejos normales y aparición de patológicos, disociaciones de la sensibilidad, síndromes de Brown-Séquard y de sección transversa, trastornos sexuales y de los esfínteres), síntomas del simpático cervical (síndrome de Horner, trastornos tróficos cutáneos, síndrome hombro-mano, periartritis escapulohumeral, etc.), y síntomas por parte de la arteria vertebral (jaqueca cervical, síndrome de Barré-Lieou, síndrome oclusivo de Wallenberg). Ayudan a establecer el diagnóstico

las radiografías de la columna cervical, la punción lumbar (hiperproteinorraquia raramente superior a 150 miligramos por 100) y la mielografía, que casi nunca revela un bloqueo completo, sino sólo una detención parcial del contraste a nivel de un disco intervertebral.

**Fertilidad y criptorquidia.**—Los autores han hecho un estudio de la fertilidad en 110 sujetos afectos de criptorquidia, unilateral en 67 y doble en 43, sin manifestaciones de insuficiencia androgénica. De los 67 unilaterales, en 37 la espermatogénesis en el testículo descendido, según los datos del estudio de la biopsia y del eyaculado, se conserva normal, y por tanto la capacidad de fecundación no parece estar esencialmente disminuida. En los restantes, el tejido seminal está alterado también en el testículo descendido, por lo que las posibilidades de fecundación son escasas o nulas. Esto demuestra que la palpación del testículo "normal" es un criterio insuficiente. De los casos bilaterales, seis no habían sido operados y 21 lo habían sido después de los catorce años; en 26 de estos 27, se encontró azoospermia. En los operados antes de los catorce años los hallazgos son más halagüeños. Se impone pues la operación precoz, antes de la edad de diez años, cuando no sea de esperar un descenso testicular en la pubertad. La operación quirúrgica puede estar indicada por motivos psicológicos incluso en casos sin capacidad funcional.

85 - 50 - 10 de diciembre de 1955.

- Sobre los estados de depresión. J. E. Staehelin.  
Estudio psicosomático de 200 casos de distonía neurovegetativa. R. A. Gloor.  
Acciones biológicas de un pirógeno muy purificado (lipopolisacárido) de la *Salmonella abortus equi*. E. Eichenberger y cols.  
\* Estudio de las variaciones de la aldosteronuria bajo la acción de sobrecarga de potasio y de pérdidas renales y extrarrrenales de sal y de agua. A. Falbriard y cols.  
Tratamiento, estudio ulterior y determinación del concepto de la parada aguda del corazón. F. Holle, G. Heinrich y F. Becker.

**Aldosteronuria.**—Los autores han estudiado por la técnica de Neher y Wettstein, la aldosteronuria de sujetos sanos sometidos a condiciones distintas. Dando una sobrecarga de potasio, un diurético inhibidor de la carbónico-anhidrasa o ambas cosas, la eliminación urinaria de aldosterona aumenta, indicando una hiperactividad suprarrenal compensadora de la pérdida hidrosalina que se produce en tales casos. En la sobrecarga de potasio no se puede excluir una acción directa de este electrolito sobre la secreción de aldosterona. No se puede saber de esta manera si la reacción suprarrenal se debe a la pérdida de sodio o a la de agua que la acompaña. Para producir una reducción principalmente del volumen líquido con una pérdida proporcionalmente menor de sodio, provocaron una intensa sudoración, que determinó una hipernatremia. También en este caso aumentó la aldosteronuria, debido quizás principalmente a la disminución del volumen extracelular. La hiperaldosteronuria, en todos los casos de pérdida renal o extrarrrenal de agua y sal, es independiente del contenido de sodio en la orina, y se conserva también reduciendo el aporte de este ión con la dieta. Parece ser un importante mecanismo de adaptación y de conservación para mantener el equilibrio metabólico hidromineral.

85 - 51 - 17 de diciembre de 1955.

- \* Edemas por retención de cloruro sódico con hiperaldosteronuria. R. S. Mach y cols.  
Nuevos datos experimentales sobre el mecanismo de acción de algunas vitaminas. S. Markees.  
Clínicas de los cuerpos extraños de las vías altas respiratorias y digestivas. R. Zuellig.

Determinación de vitamina A en la sangre según Bisaz. W. Feldheim.  
Sintomatología, pronóstico y tratamiento de las principales cardiopatías congénitas. S. Buchs.

**Hiperaldosteronismo.**—Los autores han observado una enferma que presentaba edemas generalizados siempre que el contenido de  $\text{C}_\text{Na}$  en su dieta sobrepassaba los 4 gramos, sin que hubiese ninguna afección cardiaca, hepática o renal que lo explicase. Esta enferma presentaba trastornos hidroelectrolíticos equiparables a los que se ven en los sujetos normales tras una sobrecarga de DOCA o de aldosterona, y como esta última hormona estaba aumentada en todas las determinaciones que de ellas se hicieron en la orina de la enferma, los autores consideran este caso como de hiperaldosteronismo primario. Los estados de hiperaldosteronismo pueden agruparse en tres categorías: hiperaldosteronismos fisiológicos o reaccionales transitorios, cuyo fin es conservar la homeostasis en casos de restricción o pérdida de  $\text{C}_\text{Na}$ , de sobrecarga de K o de disminución del volumen de líquidos; hiperaldosteronismos patológicos, que comprenden el aldosteronismo primario de Conn (hipopotasemia con hipernatremia y poliuria por tumor de la corteza suprarrenal) y el síndrome de retención de sodio con edema, como el presentado por esta enferma; por último, hiperaldosteronismo duraderos secundarios en los edemas de los nefróticos, de los cardíacos, de los cirróticos y en diversos procesos con retención de  $\text{C}_\text{Na}$ , toxemias gástricas, hipertensión, etc.

85 - 52 - 27 de diciembre de 1955.

- La vitamina D como medicamento y como tóxico. G. Fanconi.  
Formas clínicas especiales del cor pulmonale. H. Ludwig.  
Cambios en el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar. A. Wernli-Haessig.  
\* Nuevos métodos serológicos para la demostración de sensibilizaciones a alergenos. R. Hoigne.  
Hemangioblastoma cerebeloso con policitemia. R. Schmid y L. A. French.  
Tratamiento de las infecciones y heridas de las manos. H. Nigst.

**Diagnóstico serológico de la alergia.**—Los autores habían descrito anteriormente dos métodos para la demostración "in vitro" de anticuerpos en la alergia: la prueba de aglutinación de las plaquetas y el método serológico-nefelométrico. Ahora comunican haber encontrado en el suero de los sujetos sensibilizados un factor que inhibe específicamente la segunda de estas dos pruebas, es decir, la turbidez producida por la mezcla del suero sensibilizado con el antígeno correspondiente. Por dialisis y calentamiento se pueden separar los diferentes factores. En la reacción de enturbiamiento intervienen dos factores de suero: el factor I es específico, dializable y termolábil, y el factor II es inespecífico, encontrándose en el suero de personas no sensibilizadas y en algunas especies animales. El factor inhibidor de la reacción es designado como factor III (B + N), por constar de dos componentes: uno, "B", que inhibe específicamente el factor II, y otro "N", que neutraliza el alergeno. El factor III no se manifiesta en el suero fresco, sino sólo en el almacenado algunas horas, porque su componente B existe en forma de un precursor llamado componente A que sólo se transforma en el B pasado algún tiempo. Los factores I y III (B + N), son específicos y dializables. Esta última cualidad los diferencia de los anticuerpos clásicos y los excluye de las proteínas del suero. Quizás el factor I corresponda a la reagina y el factor III al anticuerpo bloqueante, pero esto aún no es seguro. La inhibición específica de la reacción de turbidez tiene un gran valor diagnóstico, como han podido comprobar en 111 casos de sensibilizaciones a medicamentos, alimentos y alergenos inhalantes.